FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

89

INTÉRÊT DU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DU CANCER DE LA SPHÈRE OTO-RHINO LARYNGOLOGIQUE ET CERVICO-FACIALE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et Pharmacie de Marseille

Le 28 Juin 1960

PAR

Jean - Pierre BLANC

Né le 15 Janvier 1929, à Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse :

M. le Professeur LAVAL, *Président*

MM. les Professeurs RECORDIER, GAMBARELLI, PAOLI, *Assesseurs*

IMPRIMERIE DU SUD-EST
52, Rue Nationale - MARSEILLE
1960

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547027_0046

INTÉRÊT DU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DU CANCER DE LA SPHÈRE OTO-RHINO LARYNGOLOGIQUE ET CERVICO-FACIALE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Personnel administratif

Doyen : G. MORIN. *Assesseur :* J. DELPHAUT.

Secrétaire principal : P. MOUCHET.

Secrétaire principal honoraire : J. COMTE.

Bibliothécaire : M^lle^ PERRIN.

Personnel enseignant

Professeurs honoraires

MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, JOYEUX, MOIROUD, MONGES, RIMATTEI, ROCHE, CHAUVIN.

Professeurs

Anatomie	GRISOLI
Anatomie appliquée et Chirurgie expérimentale	HENRY
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique	ARNOUX
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie minérale	MOURGUE
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	De VERNEJOUL
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique de Chirurgie thoracique	DOR
Clinique d'Endocrinologie	VAGUE
Clinique exotique	BLANC
Clinique des maladies du système nerveux	CREMIEUX
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	APPAIX
Clinique de Stomatologie	MARONNEAUD
Clinique d'Urologie	N...
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et Médecine du travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	LENA
Pathologie interne	AUDIER
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physiopathologie des voies respiratoires	LAVAL
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI

Professeurs sans chaire

M. ROUX

Maître de conférences agrégés

MM. BERNARD Pierre
BOURRET
CORRIOL
CRISTAL
DEPIEDS
DESANTI
GAMBARELLI
GEVAUDAN
GREBUS
LISSITZKY
MERCIER J.
PASTOR
PAYAN
STAHL
TAMALET

Agrégés en exercice

MM. BERARD
BERNARD René
BONNAL
CHARPIN
CHAUVIN
COMITI
DALMAS
DEVIN
FARNARIER
GERARD
LEGRE
MOUREN
ORSINI
REBOUD
SARLES
SERMENT
SIMONIN
TEMIME
TRIFAUD

Agrégés libres

MM. BERTHIER
FIGARELLA
GRANJON
IMBERT
MONGES H.
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD

Chargé des fonctions de Maître de Conférence

Physiologie	M. ZWIRN

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique des maladies du système nerveux	M. BOUDOURESQUE
Clinique de Stomatologie	M. LACHARD
Médecine légale	M. GRAS

A MES PARENTS

en témoignage d'affection et de mon immense reconnaissance.

A MA FEMME

dont les encouragements et l'affection ont souvent stimulé mes efforts.

A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur LAVAL

qui a accepté de présider la soutenance de notre thèse. Qu'il veuille croire à notre profonde et respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur RECORDIER

qui nous a fait l'honneur de juger cette thèse.

Nous l'en remercions bien respectueusement.

A Monsieur le Professeur Agrégé GAMBARELLI

qui nous a si souvent témoigné sa sympathie et prodigué ses encouragements au cours de nos études médicales.

A Monsieur le Professeur Agrégé PAOLI

qui nous a accueilli au Centre Anticancéreux avec une grande bienveillance.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur COLONNA D'ISTRIA

qui nous a permis, par ses directives et ses conseils éclairés, de mener à bien cette tâche.

Qu'il trouve ici tous nos remerciements et la marque de notre sincère amitié.

Avant d'aborder l'exposé de notre travail, c'est pour nous un très agréable devoir d'exprimer notre reconnaissance et notre vive gratitude

A Monsieur LENA, *Président de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale ;*

A Monsieur le Docteur GOUDARD, *Médecin-Conseil de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale,*

pour leur aide qui nous a permis de compléter notre travail.

Nous devons aussi exprimer notre gratitude à Monsieur le Docteur SPITALIER, *dont les précieux conseils nous ont permis de mener à bien nos études statistiques.*

Enfin, il nous faut également remercier le Laboratoire Novalis *pour sa participation pharmaceutique.*

CHAPITRE PREMIER

POSITION ACTUELLE DU PROBLÈME

1° JUSTIFICATION DU TRAVAIL

« A l'heure actuelle, le diagnostic précoce reste une donnée fondamentale de la lutte anti-cancéreuse. »

Cette phrase, qu'un traité tout récent de thérapeutique carcinologique redit en exergue d'un de ses chapitres, est depuis longtemps le reflet du souci majeur qui préoccupe les praticiens de la carcinologie.

Aussi, bien que la curabilité d'un cancer ne soit pas uniquement liée à la précocité de son diagnostic, on s'est toujours efforcé d'identifier une tumeur maligne à son tout début symptomatique, et, mieux, avant sa phase d'émergence clinique.

C'est pourquoi le dépistage systématique représente depuis quelques années une des entreprises les plus renouvelées dans la lutte contre le cancer. L'appliquer aux localisations classiquement oto-rhino-laryngologique, et plus largement cervico-faciale, nous a paru une expérience très intéressante que nous allons rapporter.

Si nous avons trouvé là des avantages, nous ne saurions en dissimuler les inconvénients.

— Les avantages du dépistage systématique :

Le premier avantage est, répétons-le, théorique car le nombre et la qualité des guérisons restent proportionnelles à la précocité du diagnostic. Entreprendre de prouver ce diagnostic à la phase pré-clinique doit représenter pour les malades un gain certain.

Malheureusement, notre propos était de dépister les tumeurs dans une population de volontaires ou de consultants convoqués par leur administration.

Si nous avons établi le diagnostic de ces affections, nous en avons confié le temps thérapeutique aux soins du médecin traitant, ce qui prive notre enquête des renseignements concernant l'évolution. De toutes façons, cette enquête trop récente n'a pas subi l'épreuve du temps et la série de malades dépistés est vraiment trop faible pour qu'on puisse, sur de grands chiffres, prouver dans cette expérience l'irréfutable valeur du dépistage systématique sur le pronostic des cancers de la sphère oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale.

A cet avantage théorique s'en ajoute un autre sur le plan humain : c'est la simplicité des techniques d'examen; en effet, le dépistage de ces localisations tumorales peut se faire uniquement par un examen instrumental simple, rapide et pourtant complet, atraumatique, n'immobilisant pas le malade.

C'est également la simplicité de la technique opposée à la complexité des dépistages de certains cancers profonds qui devrait, nous semble-t-il, faire multiplier, voire généraliser des entreprises de cet ordre.

Les avantages financiers, enfin, sont à considérer. Le reproche des dépistages systématiques a été souvent leur rendement insuffisant. Témoin l'expérience classique faite dans l'état de Los Angeles pour le dépistage des cancers bronchiques, dans laquelle un million huit cent soixante-sept mille sujets ont été examinés. Cent quarante-quatre cancers bronchiques ont été isolés, mais chacun de ceux-ci est revenu à neuf mille dollars, chiffre considérable pour le faible pourcentage de guérison des cancers bronchiques.

Il n'en va pas du tout de même pour les localisations qui nous intéressent. En effet, à côté, certes, de localisations de sombres pronostics, bien d'autres peuvent parfaitement guérir au prix, peut-être, d'intervention, mais très souvent conservatrice, ce qui réalise évidemment l'idéal de la thérapeutique.

— Les inconvénients du dépistage systématique :

Les inconvénients qui existent doivent être parfaitement connus du malade et du médecin.

Un examen, même soigneux, peut méconnaître un cancer caché, une forme profondément infiltrante.

C'est le fameux examen dit « faux négatif », qui représente la hantise de tout clinicien.

La fause sécurité pour le malade est également un des inconvénients majeurs de ce genre de médecine.

En effet, après un examen normal et paraissant certain, peut se développer, dans un temps variable, et quelquefois assez rapproché, une tumeur maligne. Le patient, confiant dans la valeur de l'examen subi, se croira pour un long temps indemne de cancer, et cette fausse sécurité pourra lui être préjudiciable.

C'est dire l'absolue nécessité des examens périodiques itératifs qui doivent représenter d'une façon obligatoire le complément de ces enquêtes. Notre expérience, dans ce domaine, se présentait comme une expérience pilote et n'a pas été renouvelée. Il est probable qu'elle permettrait sur le même lot de consultants d'identifier des tumeurs chez des sujets qui n'en présentaient pas lors du premier examen.

Il s'agit évidemment, là, d'un mode d'exercice médical tout à fait moderne. Dans la perspective actuelle, si justement axée sur la lutte anticancéreuse, des médecins dépisteurs de cancer, particulièrement rompus aux techniques d'examen et aux problèmes du cancer au début, pourraient former une spécialité nouvelle pleine d'intérêt. Mais ces cliniciens-dépisteurs ne se conçoivent, par ailleurs, qu'au centre d'une équipe; sa réalisation n'est pas un des inconvénients mineurs de ces opérations, car bien des disciplines ont leur mot à dire dans les examens complémentaires quelquefois indispensables. Au premier chef, l'anatomie pathologique à laquelle se posent des problèmes particulièrement complexes dans le diagnostic des

formes au début, ou des états pré-cancéreux. Ces problèmes, d'ordre anatomo-pathologique et plus largement biologique, sont loin d'être tous résolus. Nous ne faisons que les évoquer, car ils débordent amplement du cadre de cette étude.

La lutte contre le cancer remonte, comme nous le verrons, aux temps les plus reculés, mais il faut attendre les dernières années pour voir s'organiser les consultations axées sur le diagnostic précoce, et plus rarement encore, sur le dépistage systématique du cancer.

2° HISTORIQUE

Les cancers dont certaines descriptions cliniques avaient déjà été établies dans l'antiquité par Hippocrate, comme ses textes de la bibliothèque d'Alexandrie en font foi, n'ont commencé à attirer l'attention des chercheurs orientés dans la lutte anticancéreuse qu'assez tard.

L'antiquité, le moyen âge et la Renaissance n'avaient en effet décrit en cancérologie que certaines lésions, et avançaient des hypothèses pathogéniques que seules leur permettaient les connaissances de chaque époque.

Il faut attendre la fin du XVIII[e] siècle, en 1773 précisément, pour qu'une société savante (l'Académie des Belles Lettres et des Arts de Lyon) propose un prix de 600 livres sur le sujet « Les recherches sur les causes du vice cancéreux, qui conduisent à déterminer sa nature, ses effets et le meilleur moyen de le combattre ».

Le prix revient au Docteur Bernard Peyrilhe (1735-1804) pour son mémoire : « *Dissertatio academica de cancero* » où il expose le détail de ses travaux à propos de la nature virale du processus cancéreux et de sa thérapeutique, le tout appuyé sur des observations cliniques et expérimentales (étude de la greffe expérimentale du cancer d'espèce à espèce).

A cette même époque, J. Godinot, chanoine de la cathédrale de Reims, lègue par testament 25.000 livres à sa ville pour la fondation d'un hôpital traitant les malades atteints de cancer, qui était tenu à cette époque pour une maladie contagieuse.

Fondé en 1740 à proximité de l'Hôtel-Dieu, cet hôpital est transféré hors des murs par crainte de contagion pour la population et c'est en 1779 à l'hôpital Saint-Louis que l'on voit pour la première fois un petit hôpital anticancéreux de 12 lits.

Plus tard, en 1842, M[me] Garnier-Chabot fonde à Lyon l'Association des Dames du Calvaire : ces femmes volontaires soignent les cancéreux de sexe féminin pauvres et inguérissables dont l'état nécessite des soins et des pansements.

Mais en 1846 l'opinion publique subit un revirement et l'on admet dès lors les cancéreux dans les hôpitaux à l'instar des autres malades.

En 1899, le Docteur Récamier crée, à l'hôpital Saint-Michel à Paris, l'Asile Saint-Vincent, annexé à l'hôpital Saint-Michel, destiné lui aussi aux incurables. Cependant, l'éclosion du concept de la lutte contre le cancer ne s'est effectuée véritablement qu'en 1791 en Angleterre où John Howard s'intéresse à l'organisation méthodique de cette lutte.

Il adresse au comité de direction du Middlesex-Hospital une lettre où il aborde le problème humanitaire du cancer. Il obtient d'un anonyme la somme de 400 livres pour la création d'un service, ainsi que 3.000 livres pour son entretien. Enfin une rente de 20.000 livres lui est attribuée.

Le règlement intérieur de cet hôpital de 10 à 12 lits est tel que les cancéreux ainsi reçus y demeureront un temps illimité jusqu'à ce qu'ils aient été soulagés par l'art ou délivrés par la mort, à moins toutefois que leur conduite n'oblige à les expulser.

Ce n'est qu'à la mort du donateur que l'on connut enfin son nom : c'était Samuel Withebread.

Les buts de l'hôpital étaient définis par la charte de 1792.

Il devait :

1) accorder un asile définitif aux malades dont l'affection, par son siège ou son évolution, ne permettait plus le traitement (en particulier le traitement chirurgical),

2) recevoir les malades pour lesquels l'opération pouvait donner un soulagement, une amélioration ou une guérison,

3) pouvoir accorder des consultations externes,

4) recueillir les observations et permettre à quiconque médecin d'utiliser les documents,

5) essayer les traitements sur les malades internés, à condition que ceux-là ne soient pas dangereux,

6) enfin, créer un centre scientifique.

Mais malheureusement cette initiative n'était qu'un exemple isolé. Cependant, tous les buts de cet organisme que nous avons volontairement énumérés restent valables pour tout organisme de lutte contre le cancer.

En 1801, à Londres, « *The Society for Investigating the Nature and Cure the Cancer* » envoie à tous les médecins des questionnaires sur leurs observations des cancéreux de leur clientèle. Cette idée ne trouve point d'écho et la Société est rapidement dissoute (1806).

A partir de 1892, sur les injonctions de l'avocat Bonnard, de Paris, Verneuil et Duplay essayent en France de fonder une société analogue : la Ligue contre le Cancer. Même indifférence, même dissolution.

Cependant, à la même époque est créé le premier journal cancérologique édité par la Société d'Editions Scientifiques sous le nom de *Revue des maladies cancéreuses.*

Ce n'est que quatorze ans plus tard, en 1906, que Poirier, Bouchard et P. Delbet fondent « l'Association Française pour l'étude du Cancer », dont le but est de subventionner les recherches ainsi que d'aider les auteurs des travaux. On organisa des réunions mensuelles et on publia un bulletin : le *Bulletin de l'Association Française pour l'étude du Cancer.*

Cette Association s'étendit ensuite jusqu'aux organisations identiques anglaises et américaines pour former depuis 1927 la Ligue franco-anglo-américaine contre le Cancer, ou plus simplement « la Ligue Française contre le Cancer », qui publia régulièrement son « *Index Analyticus Cancerologiae* » ainsi que des tracts et la brochure *La Lutte contre le Cancer*.

En 1920, sur l'instigation du Professeur Bergonie, de Bordeaux, et de P. Strauss, alors Ministre de l'Hygiène, on crée des Centres régionaux de Lutte contre le Cancer qui sont encore actuellement l'assise fondamentale de la lutte en France.

Ceux-ci sont rattachés à une Faculté ou à une Ecole de Médecine et dépendent du Ministère de l'Hygiène publique.

Leur but est triple :

1) assistance et hospitalisation des malades atteints de cancer,

2) enseignement aux étudiants, médecins et public,

3) recherches de laboratoire.

Dans cet esprit de diagnostic précoce, et de dépistage systématique, les Centres régionaux de Lutte contre le Cancer ont organisé, ces dernières années, un réseau de consultations avancées. Elles siègent dans les principales villes de la région sanitaire que dessert le centre régional. Elles ont lieu, en principe, tous les mois et permettent un rythme de consultation et de surveillance plus accélérées.

Actuellement, à côté de l'activité des centres régionaux, d'autres organismes tels que le Centre de diagnostic des tumeurs, de la Caisse régionale de la Sécurité sociale à Paris ou celui de la S.N.C.F. ont entrepris le diagnostic et même le dépistage des tumeurs. Mais dans ces deux derniers organismes ne sont examinés que les malades envoyés pour des manifestations pathologiques.

Il s'agit donc de centres de diagnostic et non de centres de dépistage systématique.

A l'étranger, dans cet ordre d'idée, il existe dans les états du nord de l'Amérique 250 centres de prévention du cancer ainsi qu'une clinique, la Clinique Ellis Strong, essentiellement consacrés au dépistage des tumeurs. Ces services fonctionnent à la satisfaction du public et du corps médical tout entier. A New-York, on a enregistré récemment une population annuelle de 23.000 consultants. Ceci illustre bien le succès de ces entreprises.

RESUME DU CHAPITRE PREMIER

Nous fondant sur le principe de diagnostic précoce, nous avons entrepris une expérience de dépistage systématique du cancer de la sphère oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale.

Ses avantages sont :

— L'amélioration des résultats qui est proportionnelle à la précocité du diagnostic;

— La simplicité des techniques d'examen;

— La modicité des charges financières que présentent de telles investigations.

Les inconvénients doivent être cependant connus du malade et du médecin.

Ce sont :

— L'examen dit « faux négatif ».

— La fausse sécurité pour un malade présentant un examen négatif qui peut rester un temps très long sans nouvel examen.

— L'absolue nécessité donc d'examens périodiques itératifs qui doivent représenter d'une façon obligatoire le complément de ces enquêtes.

Nous suggérons la création d'une fonction médicale nouvelle axée sur le seul dépistage précoce des tumeurs malignes.

Nous présentons enfin une étude historique de la lutte anticancéreuse en insistant particulièrement sur les quelques réalisations connues de dépistage systématique.

CHAPITRE II

LES MÉTHODES D'INVESTIGATION

Le travail statistique que nous allons présenter est fondé sur l'étude de 1.424 cas.

Ces sujets étaient soit volontaires, soit requis par leur administration pour subir cet examen de dépistage qui, de toute façon, n'était pas obligatoire.

Ce dépistage portait systématiquement sur la tranche d'âge s'étendant de 45 à 55 ans. Cependant, des sujets volontaires se sont présentés avec des âges sortant de ces limites.

Rappelons quelques chiffres concernant l'ensemble de cette opération de dépistage.

3.217 personnes ont été contactées en vue de subir l'examen de dépistage, dont 296 volontaires.

Sur les 2.921 restantes, 1.414 n'ont pas été soumises à l'examen, 1.060 n'ayant pas répondu à nos lettres et 354 ayant refusé.

Malgré la propagande faite par la M.G.E.N., 43,95 % du personnel enseignant se désintéressaient d'une pareille politique de prévention.

1.833 personnes ont été convoquées au Centre de Dépistage et 1.642 ont été examinées. Leur année de naissance s'échelonnant de 1912 à 1896.

Sur les 1.642 examinés, il faut retrancher les 296 volontaires qui, plus ou moins, avaient une raison valable d'être inquiets sur leur état de santé.

Le nombre d'examens de dépistage systématique est donc de 1.356.

Le nombre des personnes examinées s'élevant à 1.642, il paraît étrange que notre statistique ne soit basée que sur le chiffre de 1.424. Cette différence de 218 s'explique par le fait que, lors des premières séances, si nous avons examiné systématiquement tous les hommes, les pensant plus fréquemment menacés par les néo-formations de la sphère O. R. L., nous n'avons, au début, examiné que les seules femmes présentant un ou plusieurs symptômes.

Cette erreur d'optique a été rapidement corrigée et pour répondre à l'esprit de cette entreprise de dépistage vraiment systématique, nous avons examiné aussi toutes les femmes présentant plusieurs symptômes.

INTERROGATOIRE

Avant la consultation, les patients devaient remplir un interrogatoire dont nous reproduisons d'ailleurs ci-dessous un exemplaire.

(L'expérience de dépistage portait également sur d'autres appareils : le questionnaire s'y référant y est aussi indiqué.)

Ayant donné pleinement satisfaction au Centre régional de Lutte contre le Cancer de Marseille, nous pensons pouvoir le proposer tel quel.

CAISSE REGIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DU SUD-EST

MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE

CENTRE REGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Bon de prise en charge n° N° d'ordre
Délivré le Date de l'examen

SERVICE DE DEPISTAGE DES TUMEURS

QUESTIONNAIRE

(à remplir chez vous avec la plus grande attention)

ASSURE . AYANT DROIT CONVOQUE VOLONTAIRE
AGE

I. — IDENTITE

NOM (en lettres capitales)
Femme X ou veuve X (en lettres capitales)
Prénom usuel
Date de naissance : jour mois année
Lieu de naissance : commune département
Adresse personnelle N° téléphone :

II. — FONCTION

Nature de l'emploi
Etablissement Commune
Résidence d'emploi
Adresse : n° rue ville

III. — MEDECIN TRAITANT

Quel est votre médecin traitant (si vous n'en avez pas, à quel médecin désirez-vous que soit communiqué le résultat de l'examen ?)

NOM
ADRESSE
VILLE

ANTÉCÉDENTS

I. — ANTECEDENTS PERSONNELS

— Avez-vous eu des malformations congénitales ?
connues lors de la naissance
découvertes par la suite
Lesquelles ?
des maladies d'enfance ?
Lesquelles ?
des maladies infectieuses à l'âge adulte ?
Lesquelles ?

— Avez-vous été atteint de syphilis ?
Connaissez-vous vos réactions sérologiques (Bordet-Wassermann) ?
Date de l'examen Résultat

— Avez-vous été atteint de tuberculose ?
A quelle époque
Date du dernier examen radiologique

— Avez-vous eu du diabète ?

— Avez-vous été atteint de cancer ?

— Avez-vous eu des accidents ?
Lesquels
Leurs conséquences

— Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
A quelle époque
Quelle intervention
Fumez-vous ? Quelle quantité par semaine
Pipe Cigare Cigarette
Combien fumiez-vous à l'époque où vous avez le plus fumé ?
Pendant combien de temps ?

— Quelle quantité de vin buvez-vous ?
par repas par jour

— Buvez-vous des apéritifs ?
Lesquels
Combien

— Buvez-vous des boissons alcoolisées ?
Lesquelles
Combien

— **Combien buviez-vous à l'époque où vous buviez le plus ?**
Pendant combien de temps

II. — ANTECEDENTS FAMILIAUX

Votre père est-il vivant ? Quel âge a-t-il ?
Est-il en bonne santé ?
Est-il mort ? A quel âge ? De quoi ?

Votre mère est-elle vivante ? Quel âge a-t-elle ?
Est-elle en bonne santé ?
Est-elle morte ? A quel âge ? De quoi ?

Avez-vous des frères et des sœurs ? Combien ? Frères Sœurs

Etes-vous : Célibataire ?
Divorcé ? Depuis quand ?
Veuf ? Depuis quand ?
Marié ? Depuis quand ?

Avez-vous eu des enfants ? Combien ? Garçons Filles

III. — ANTECEDENTS CARCINOLOGIQUES

Y a-t-il eu des cancers dans la famille ? OUI NON

a) grand-père ou grand-mère lignée paternelle
siège de la tumeur :
âge où s'est manifestée cette tumeur :

b) grand-père ou grand-mère lignée maternelle
siège de la tumeur :
âge où s'est manifestée cette tumeur :

c) père ou mère
siège de la tumeur :
âge où s'est manifestée cette tumeur :

d) oncle ou tante lignée paternelle
siège de la tumeur :
âge où s'est manifestée cette tumeur :

e) oncle ou tante lignée maternelle
siège de la tumeur :
âge où s'est manifestée cette tumeur :

f) frère ou sœur
siège de la tumeur :
âge où s'est manifestée cette tumeur :

g) enfants
siège de la tumeur :
âge où s'est manifestée cette tumeur :

h) petits-enfants
siège de la tumeur :
âge où s'est manifestée cette tumeur :

i) conjoint
siège de la tumeur :
âge où s'est manifestée cette tumeur :

INTERROGATOIRE

I. — ETAT GENERAL

Connaissez-vous : votre poids ? votre taille ?
Etes-vous en bonne santé actuellement ?
Etes-vous en cours de traitement ?
Pour quelles raisons ?
Avez-vous constaté des modifications récentes dans votre santé ?
Lesquelles :
Avez-vous perdu des forces ? Avez-vous maigri ?
Avez-vous perdu l'appétit ?
Avez-vous des maux de tête ?
Avez-vous de la fièvre ?
Votre teint s'est-il récemment modifié ?

II. — APPAREIL CUTANE

Avez-vous constaté des anomalies de la peau ?
ulcération sans tendance à la cicatrisation ?
plaies persistantes
grosseurs anormales

— sur le visage
— sur la poitrine
— sur les membres
— sur le dos
— sur l'abdomen

III. — APPAREIL O.R.L.

Avez-vous constaté :

— des anomalies de la bouche :
sur les lèvres
sur la langue
sur les joues

— une augmentation du volume du cou ? un goître ?
des ganglions : cou sous les mâchoires

Etes-vous gêné pour avaler ?
Avez-vous saigné du nez ? Quand ? Combien de fois
Souffrez-vous d'un oreille ? ou des deux ?
Avez-vous des troubles de l'équilibre ? des vertiges ?
Etes-vous enroué ?

IV. — APPAREIL PULMONAIRE ET THORACIQUE

Toussez-vous ? Depuis quand ?
Crachez-vous après avoir toussé ?
Avez-vous jamais craché du sang ?
Etes-vous essouflé ? Depuis quand ?
Ressentez-vous une gêne thoracique quelconque ?
Ressentez-vous une douleur thoracique fixe ?

V. — APPAREIL DIGESTIF

Avez-vous un dégoût électif pour certains aliments ?
Avez-vous bon appétit ?
Avez-vous des indigestions fréquentes ?
Avez-vous eu des vomissements alimentaires ? ou avec du sang ?
Allez-vous régulièrement à la selle ?
A quelle heure ? en combien de fois ?
Avez-vous eu des alternances de diarrhée et de constipation ?
Avez-vous eu du sang dans les selles ?
Avez-vous constaté un changement dans vos habitudes digestives ?

VI. — APPAREIL URINAIRE

Urinez-vous normalement ?
Avez-vous eu du sang dans les urines ?
N'êtes-vous pas obligé de vous lever la nuit ?
Si oui, depuis quand ? et combien de fois ?
Souffrez-vous pour uriner ?

VII. — SYSTEME NERVEUX

Avez-vous des douleurs ? Lesquelles ?
Avez-vous des tremblements ? Depuis quand ?
Avez-vous une paralysie ? Laquelle ?
Avez-vous des insomnies ? Des angoisses ?
Avez-vous des inquiétudes ? Des soucis ?

EXAMEN CLINIQUE

(Feuille réservée au Médecin)

Docteur :
Face :
Sein - Droit : Gauche :
Ganglions - Axillaires : Inguinaux :
Foie :
Rein - Droit : Gauche :
Abdomen :
Poumons :
Cœur :
Peau et muqueuses :

T.A. :

EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Organes génitaux externes :
Examen au speculum :
Test de Schiller :
Colposcopie :
T.V. :
T.R. :
Biopsie :
Frottis vaginaux :

CONCLUSIONS

Affection médicale :
Affection chirurgicale :
Affection néoplasique : Bénigne : Maligne :

VIII. — APPAREIL GENITAL FEMININ - PARTICULARITES BIOLOGIQUES

(Prière de répondre à toutes les questions posées)

Indiquer dans les cases ci-après les particularités importantes de votre vie, selon les abréviations suivantes, à porter au-dessous de l'âge :

Premières règles : P.R.
Ménopause : D.R. (si la ménopause a été provoquée :
— par une opération : CHI
— par une radiothérapie : RX
Avortement : A
Enfant masculin : G
Enfant féminin : F

Mariage : M (si plusieurs mariages : M1, M2, M3)
Veuvage : V
Divorcée ou séparée : S

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
62	63	64	65	66	67	68	69	70				

Si vous êtes réglée, indiquer :

— la date des dernières règles : jour mois

— la périodicité des règles :

— tous les jours — Durée : jours

— Caractères :

Régulières Irrégulières
Abondantes Insuffisantes
Normales Douloureuses
Précédées de douleurs abdominales
Précédées de congestions douloureuses des seins
Cette congestion dure combien de jours

Combien avez-vous eu d'enfants :
nourris au sein ?
avec allaitement mixte ?
non allaités ?

Durée totale de l'allaitement

Si vous ne les avez pas nourris, pour quelle raison ?

médicale absence de lait
insuffisance secondaire de la sécrétion lactée

sociale

Avez-vous été traitée pour une affection gynécologique quelconque ?
Quand ? Pourquoi ?
Avez-vous des pertes anormales de sang ?
Si vous êtes toujours réglée, avez-vous constaté une perte de sang anormale en dehors des règles ?

à la suite d'un rapport ?

sans raison apparente ?

Si vous n'êtes plus réglée, avez-vous eu une perte de sang depuis votre ménopause ?
Avez-vous des pertes blanches ?
Ou d'autres pertes ?
Souffrez-vous du bas ventre ?
Depuis quand ?
Avez-vous une grosseur anormale dans un sein ? Lequel ?
Avez-vous une déformation récente du sein ?

EXAMEN O.R.L.

Docteur :
Corps thyroïde :
Lèvres :
Langue :
Pharynx :
Larynx :
Nez :
Cou :
Oreilles :

CONCLUSIONS

Affection médicale :
Affection chirurgicale :
Affection néoplasique : Bénigne : Maligne :

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS

Volontaire :
Convoqué :

— Frottis vaginal :
— Frottis mammaire :
— Biopsie :
— Radio :
— Divers :

RESULTATS DE L'EXAMEN

— Dépistage négatif :
— Affections reconnues :

a) non néoplasiques — médicale
chirurgicale ou gynécologique

b) néoplasiques bénignes — ne nécessitant pas de traitement
nécessitant un traitement
incertaine

c) Pré-cancer

d) Cancer

CONCLUSIONS GENERALES

— Lettre au médecin le :
— Information ultérieure :

Il est évident que la partie gynécologique de cet interrogatoire n'intéressant pas la portion mâle de notre population n'était pas mentionnée sur les feuilles qui leur étaient remises.

Après un interrogatoire purement administratif, très utile pour l'exploitation de cette statistique et la surveillance de ces malades, l'interrogatoire s'est efforcé d'étudier les différents facteurs de cancérisation généralement reconnus à l'origine des néoplasies malignes de la sphère cervico-faciale.

Pour le tabac et l'alcool notamment, nous nous sommes efforcés d'analyser non seulement les quantités de ces toxiques, mais aussi la durée d'exposition à ce facteur irritatif.

Les antécédents familiaux étudient essentiellement les accidents carcinologiques de la lignée. L'interrogatoire de l'état actuel du sujet analyse d'abord son état général puis les classiques symptômes d'appel des tumeurs malignes cervico-faciales.

Les patients ayant rempli leur interrogatoire étaient reçus à l'entrée de cette consultation de dépistage par le directeur du centre, qui faisait éventuellement préciser certains points de l'interrogatoire, ce qui facilitait d'autant l'examen clinique.

LES EXAMENS

L'examen clinique

Ce dépistage s'intéressant à toutes les localisations O.R.L. et cervico-faciales, les patients ont subi en plus du strict et classique examen des cavités nasales, rhinopharyngées et pharyngolaryngées un examen de la cavité buccale, des glandes salivaires, de la peau; il se terminait par une palpation très soigneuse du cou et du corps thyroïde.

Nous verrons en étudiant nos résultats combien a été fructueuse cette recherche systématique, étendue à tout le secteur O.R.L. et cervico-facial.

L'examen complet de toutes les cavités a toujours été possible en une seule séance : une réflectivité trop importante du pharynx a été réduite grâce à un anesthésique de surface : les pastilles à la tétracaïne à 0 g 066 du laboratoire NOVALIS.

Les examens para-cliniques

Les examens para-cliniques dans cette expérience de dépistage n'ont jamais été entrepris systématiquement; mais, suivant les besoins, il a été pratiqué des investigations anatomo-pathologiques, radiologiques ou endoscopiques.

a) *Les examens anatomo-pathologiques :*

La biopsie classique a été pratiquée dans les cas de tumeurs dont la malignité était évidente. La biopsie-exérèse a été réservée aux tumeurs bénignes ou aux formations pré-cancéreuses. Ceci essentiellement pour la cavité buccale.

Quant à la cytologie, malgré les travaux de Liebersat, de Messerschmitt et Luscan, de Morrisson, Horp et Wu, nous ne l'avons pas utilisée systématiquement. Toutefois, quelques néo-formations cervicales ont été soumises à une ponction-biopsie.

Nous ne pouvons cependant faire état de ces investigations pour toutes les tumeurs découvertes, en particulier les tumeurs thyroïdiennes.

Ces investigations, lorsqu'elles n'étaient pas refusées, ont très souvent été pratiquées dans les laboratoires urbains.

b) *Les précisions radiologiques :*

Des précisions radiologiques ont été également demandées comme complément d'un tableau clinique bien évocateur.

c) *Endoscopies directes :*

De même des endoscopies directes n'ont été, évidemment, entreprises que si elles s'avéraient nécessaires pour compléter l'investigation.

A la fin des examens, le malade terminait le circuit par où il l'avait commencé et prenait connaissance des résultats des différents examens. Si une sanction thérapeutique devait être envisagée, le médecin en était informé et c'est lui qui orientait son malade.

Le bilan

Au terme de l'interrogatoire, de l'examen clinique et quelquefois paraclinique, un bilan était toujours dressé.

Pour la commodité de la classification, les patients ont été répartis en 5 catégories.

1) Sujets dont le dépistage était négatif (lorsqu'il ne révélait aucune affection organique ou fonctionnelle). L'interrogatoire et l'examen étaient normaux.

2) Sujets dont les affections non tumorales dépistées étaient rangées en 2 catégories :

— soit médicales,

— soit chirurgicales.

Notre orientation n'étant pas, pour ce travail, à visées thérapeutiques, nous informions par lettre le médecin traitant de la nature des lésions et de la thérapeutique que l'on pouvait envisager en pareil cas.

3) Sujets à tumeurs bénignes groupés en 2 catégories différentes suivant que leurs affections nécessitaient ou non un traitement.

4) Sujets à affections suspectes ou pré-cancéreuses. Dans ce cadre, à la vérité discutable, nous avons rangé des tumeurs qui représentent pour la majorité des auteurs des « cancers en puissance » :

Tumeurs papillaires des muqueuses, dyskératoses importantes, goitres ayant changé de caractères mais non certainement malins.

5) Sujets certainement cancéreux.

Présentation de la population

Avant de présenter les résultats de notre travail, il nous faut préciser le lot de population étudié.

Nous avons examiné mille quatre cent vingt-quatre sujets; il s'agissait de sept cent sept hommes (49,6 %) et de sept cent dix-sept femmes (50,4 %).

Nous avons réparti ces consultants en 3 groupes d'âge :

— moins de 45 ans ..... 111 sujets donc 7,85 %

— de 45 à 55 ans ..... 1.009 sujets donc 70,85 %

— au-dessus de 55 ans ..... 304 sujets donc 21,30 %

Le tableau ci-dessous précise la répartition en fonction du facteur sexe et du facteur âge.

C'est à ce tableau qu'il faudra se référer, par la suite, lorsqu'on voudra étudier dans quelle proportion se sont présentés les symptômes et les signes dépistés par notre enquête.

POPULATION

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	43	525	139	707	49,6 %
Femmes	68	484	165	717	50,4 %
Total	111 7,85 %	1009 70,85 %	304 21,30 %	1424	

RÉSUMÉ DU CHAPITRE II

Nous avons présenté dans ce chapitre la technique de cette opération de dépistage systématique qui comprenait :

— L'interrogatoire étudiant les antécédents carcinologiques, familiaux et personnels, les antécédents pathologiques personnels autres que cancérologiques, et enfin les facteurs de cancérisation les plus fréquemment incriminés.

— Après l'interrogatoire, nous décrivons rapidement le classique examen oto-rhino-laryngologique et cervico-facial, ainsi que les examens para-cliniques qui peuvent le compléter.

— Nous proposons un modèle de l'imprimé remis aux consultants sur lequel sont consignés les antécédents, l'interrogatoire personnel, les résultats des examens cliniques et para-cliniques, enfin les résultats du bilan. Celui-ci en fin d'opération a fait grouper ces consultants en cinq catégories :

— Sujets à dépistage négatif.

— Sujets présentant une affection non tumorale.

— Sujets présentant une affection tumorale bénigne nécessitant ou non un traitement.

— Sujets présentant un état suspect ou pré-cancéreux.

— Sujets présentant un cancer.

Notre expérience a porté sur 1.424 *sujets dont* 707 *hommes et* 717 *femmes.*

Un tableau résume la répartition de la population suivant l'âge et le sexe.

CHAPITRE III

LES RESULTATS

Nous présenterons successivement une étude analytique puis une étude synthétique de nos résultats.

Dans la partie analytique de cette étude, nous considérerons :

— les antécédents héréditaires et personnels,

— les symptômes,

— et enfin les signes.

Dans la partie synthétique, nous grouperons l'ensemble de nos résultats en fonction du sexe et de l'âge des consultants.

Enfin, nous proposerons quelques déductions pratiques que l'expérience de ce dépistage nous permet d'avancer.

ÉTUDE ANALYTIQUE

A) LES ANTÉCÉDENTS

1° Des antécédents héréditaires.

La recherche des antécédents héréditaires a permis de retrouver, dans les parents en ligne directe, de nombreuses tumeurs malignes, prouvées. Ces tumeurs se présentaient avec des localisations diverses, quelquefois cervico-faciales ou O.R.L.

Nous n'avons cependant jamais retrouvé de cancer ou de tumeur suspecte chez des consultants présentant un cancer dans les antécédents familiaux.

Voici quelques chiffres qui schématisent les résultats de cette partie de l'enquête.

— Sur 1.424 individus interrogés, nous avons retrouvé 683 tumeurs malignes dans les antécédents héréditaires. Il faut toutefois noter que la notion assez controversée de « famille à cancer » s'est retrouvée quelquefois dans notre population. En effet, dans 143 cas, nous avons identifié avec certitude plusieurs cancers chez les ascendants directs.

Dans 38 cas, nous avons trouvé 3 et même jusqu'à 5 cancers chez les ascendants directs.

Cette notion de terrain cancéreux héréditaire ou de terrain cancérisable n'est pas du tout infirmé par nos chiffres. En effet, notre prospection s'est intéressée essentiellement à la tranche d'âge allant de 45 à 55 ans.

Pour beaucoup de localisations O.R.L. et cervico-faciales, il ne s'agit pas encore de l'âge optimum de cancérisation, et cet aspect du problème devrait être vérifié avec les mêmes sujets d'une façon régulièrement périodique.

2° Des antécédents personnels carcinologiques.

Les A.P.C. nous ont révélé la présence de 14 cancers certains antérieurement traités. Il s'agissait de :

— 7 cancers du sein,

— 1 tumeur de l'ovaire,

— 3 cancers cutanés,

– 1 cancer de la lèvre,

– 1 cancer vésical,

— 1 adénopathie cervicale traitée par radiothérapie.

De tous ces malades, un seul a présenté une autre tumeur maligne voisine de la sphère O.R.L. Il s'agissait d'une femme traitée 3 ans auparavant d'une tumeur du sein, par Halsteadt, et qui présentait une récidive ganglionnaire sus-claviculaire. Cette récidive c'est l'examen cervical qui a permis d'identifier cette métastase régionale et tardive de ce cancer connu par interrogatoire.

3° Des facteurs étio-pathogéniques.

Deux facteurs conditionnent pour une large part les cancers des muqueuses aéro-digestives supérieures :

— l'usage du tabac,

— l'alcoolisme.

Nous les avons étudiés dans notre lot de consultants. Disons tout de suite que le nombre des fumeurs était relativement restreint et que le nombre des alcooliques était pratiquement nul.

Nous avons tenu pour fumeurs les sujets fumant un paquet de cigarettes par jour ou davantage (20 g ou plus de tabac).

Ont été considérés comme éthyliques les sujets buvant habituellement plus d'un litre de vin par jour et pas d'apéritifs, ou moins d'un litre de vin mais prenant des apéritifs de façon régulière.

Les résultats de cette enquête sont consignés dans les tableaux ci-dessous.

CONSULTANTS FAISANT USAGE DU TABAC

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	7 3,8 %	138 73,4 %	43 22,8 %	188	26,6 %
Femmes	1 10 %	7 70 %	2 20 %	10	1,4 %
Total	8	145	45	198	13,9 %

ETHYLISME

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	0	15	4	19	2,7 %
Femmes	0	0	0	0	0 %
Total	0 0 %	15 79 %	4 21 %	19 1,3 %	

— La très faible proportion d'éthylique (2,7 %) de cette statistique ne traduit malheureusement pas leur nombre exact dans l'ensemble de la population.

La qualité sociale de notre recrutement la justifie seule.

Il s'agissait, rappelons-le, de membres du personnel enseignant, venant des secteurs techniques, primaires, secondaires et supérieurs.

Nous n'avons relevé les quelques cas d'éthylisme avéré que parmi le personnel subalterne et très exceptionnellement parmi le personnel supérieur.

L'éthylisme chez la femme est par contre nul.

— Le tabagisme s'est avéré modéré chez les hommes uniquement (26,6 %) et très rare chez la femme (1,40 %).

B) LES SYMPTOMES

L'étude des symptômes a porté, d'une façon un peu schématique sur cinq troubles fonctionnels les plus courants :

— la gêne fonctionnelle au niveau de la cavité buccale,
— le symptôme douleur,
— l'augmentation localisée ou diffuse du volume du cou,
— la dysphagie,
— la dysphonie.

Ces dénominations volontairement assez vagues ne nous ont servi que d'orientation et n'ont jamais dispensé, par définition même, d'un examen complet.

a) *La gêne fonctionnelle au niveau de la cavité buccale.*

La gêne fonctionnelle ou les anomalies habituelles au niveau de la cavité buccale ont permis aux malades de décrire toutes les lésions chroniques habituelles de la cavité buccale et leur cortège symptomatique dont la coloration varie souvent avec le psychisme individuel.

L'état de la denture était fréquemment retrouvé à l'origine de ces troubles.

Le tableau « anomalies de la bouche » l'explicite ainsi en fonction de l'âge et du sexe.

ANOMALIES DE LA BOUCHE

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	6 20 %	15 50 %	9 30 %	30	4,2 %
Femmes	1 4,8 %	10 47,6 %	10 47,6 %	21	2,9 %
Total	7	25	19	51	3,6 %

Ce tableau montre en effet que les hommes, quoique moins nombreux, présentent plus fréquemment des altérations de la muqueuse buccale : 4,2 % contre 2,9 % pour les femmes.

L'usage du tabac semble en être une des causes les plus probables. Le support somatique de ces paresthésies buccales était comme toujours représenté par des gingivites, de la pyorrhée alvéolo-dentaire ou une lichénification.

b) *Le symptôme douleur.*

Nous avons étudié sous ce terme toutes les manifestations algiques du segment cervico-facial, quels qu'en soient leurs caractères.

Il est bien évident que l'on a trouvé ainsi de nombreuses affections non tumorales et d'ailleurs parfaitement bien connues du malade comme des cervicarthroses ou des sinusites chroniques, le symptôme douleur révélant très exceptionnellement un cancer cervico-facial.

SYMPTOME DOULEUR

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	5 26 %	12 63,5 %	2 10,5 %	19	2,7 %
Femmes	5 17,2 %	21 72,3 %	3 10,5 %	29	4,1 %
Total	10	33	5	48	3,4 %

L'étude de ce tableau montre que l'élément algique est plus accusé chez les femmes que chez les hommes. En effet, dans la tranche d'âge que nous avons explorée, nous avons pu noter un nombre assez appréciable d'arthroses cervicales et d'algies faciales pré-menstruelles en particulier.

c) *L'augmentation du volume du cou.*

C'est par ce terme volontairement imprécis, que nous avons demandé au malade de signaler la présence d'une masse cervicale.

Les réponses positives ont été peu nombreuses par rapport au nombre des masses cervicales (thyroïdiennes en particulier) identifiées au cours de l'examen.

Le tableau ci-dessous en précise la fréquence.

AUGMENTATION DE VOLUME DU COU

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	3 33,3 %	5 55,6 %	1 11,1 %	9	1,3 %
Femmes	3 12 %	18 72 %	4 16 %	25	3,3 %
Total	6	23	5	34	2,4 %

Son étude montre que les femmes signalent plus souvent une tumeur que les hommes, à ce niveau. Les résultats montreront ce qui est classique qu'elles paient un très lourd tribut à la pathologie thyroïdienne.

Il faut noter, d'autre part, que si toutes les tumeurs ultérieurement identifiées n'ont pas été signalées, à l'inverse certaines formations anatomiques normales ont été considérées par certains sujets phobiques comme des tumeurs et signalées comme telles.

d) *La dysphagie.*

La dysphagie s'est présentée rarement (7 cas) comme un symptôme identifié par les consultants.

Hormis 2 observations, il s'agissait de paresthésies pharyngées.

DYSPHAGIE

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	1 33,3 %	1 33,3 %	1 33,3 %	3	0,42 %
Femmes	0	2 50 %	2 50 %	4	0,56 %
Total	1	3	3	7	0,50 %

Mais nous avons été surpris de ne pas en trouver davantage dans une population à forte majorité d'intellectuels dont la tension psychique, les soucis et quelquefois les scrupules professionnels sont bien connus.

e) *La dysphonie.*

La dysphonie a été le maître symptôme. Tous les troubles de la voix sans précision de cause ou d'ancienneté ont été recensés.

DYSPHONIE

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	7 11,5 %	44 72 %	10 16,5 %	61	8,63 %
Femmes	6 14,3 %	29 69 %	7 16,7 %	42	5,86 %
Total	13	73	17	103	7.2 %

Le nombre important des dysphoniques est expliqué par la fonction de nos consultants. Nous rappelons qu'il s'agit de membres du corps enseignant, de sujets « travaillant avec leur voix », qui n'ont pas toujours subi une formation orthophonique et qui, quelquefois, présentaient des voix mal posées, des traumatismes vocaux, du malmenage vocal ou des laryngites fonctionnelles.

BILAN D'ENSEMBLE DES SYMPTOMES

La masse des 1.424 consultants a pu être, par rapport aux symptômes, groupée en 3 catégories :

1) Des consultants ne présentant pas de symptômes.

CONSULTANTS NE PRESENTANT PAS DE SYMPTOME

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	27	452	115	594	84 %
Femmes	55	424	141	620	83,7 %
Total	82 73,9 %	876 86,8 %	256 84 %	1214 85,3 %	

Leur nombre est extrêmement élevé puisqu'il représente 84 % de la population totale : 1.214 en tout dont :

594 hommes

et 620 femmes

2) Des consultants présentant un seul symptôme.

En tout 180, se répartissant en :

103 hommes

77 femmes

CONSULTANTS PRESENTANT UN SEUL SYMPTOME

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	13	66	24	103	14,6 %
Femmes	10	45	22	77	10,7 %
Total	23 20,7 %	111 11 %	46 15,1 %	180 12,6 %	

Cette augmentation des hommes présentant un seul symptôme paraît expliquée par la plus grande fréquence de la dysphonie chez les hommes.

3) Des consultants présentant plusieurs symptômes :

Les consultants de cette catégorie sont au nombre de 30 dont :

10 hommes
20 femmes

Ils sont donc peu nombreux : il s'agit le plus souvent de femmes à l'âge moyen de la vie.

Il faut remarquer que les consultants plurisymptomatiques présentaient presque tous une lésion tumorale ou non, constatation très classique, que notre série n'a fait que confirmer.

CONSULTANTS PRESENTANT PLUSIEURS SYMPTOMES

	Ages — de 45	45 à 55	+ de 55	Total	
Hommes	3	7	0	10	1,4 %
Femmes	3	15	2	20	2,8 %
Total	6 5,4 %	22 2,2 %	2 0,66 %	30 2,1 %	

C) LES SIGNES D'EXAMEN

Les signes apportés par l'examen physique complet dont nous avons rappelé rapidement les modalités techniques au début de ce travail ont été groupés sous plusieurs rubriques.

— D'abord l'examen nous a permis assez souvent de découvrir des affections non tumorales. Ces renseignements ont cependant été retenus et signalés aux malades :

Le dépistage de ces affections représentant une modalité d'examen périodique de santé.

Les affections tumorales cliniquement bénignes ont été conçues dans un esprit purement clinique car très souvent la classification histologique des tumeurs est venue modifier d'une façon très appréciable les données de la clinique.

Nous avons tenu pour tumeurs toutes les néoformations visibles ou palpables.

Ces affections tumorales bénignes ont été elles-mêmes groupées de deux façons différentes suivant que la tumeur nécessitait ou non un traitement.

Nous verrons dans la suite de ce travail quelles sont les tumeurs paraissant justiciables du traitement et quelles sont les autres qui paraissent pouvoir rester sans danger sous surveillance.

Le 3e groupe comprenait les tumeurs suspectes de malignité définies par un faisceau de présomptions.

— Enfin les cancers cliniquement certains représentaient le dernier groupe.

Nous allons présenter dans cette étude analytique successivement les tumeurs de la cavité buccale, celles des 3 étages du pharynx, des fosses nasales, du larynx, des formations cervicales en considérant pour chacune suivant le plan précédent les affections non tumorales, les affections tumorales bénignes sans traitement, les affections tumorales bénignes avec traitement, les lésions suspectes et enfin les cancers.

I. — La cavité buccale

a) *Les lèvres :*

Comme le montre le tableau ci-dessous, les néoformations des lèvres sont plus fréquentes chez l'homme et ceci à l'âge moyen de la vie.

LEVRES

Ages	HOMMES						FEMMES					
	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45		1	1			2						
45 à 55	1	1	5			7						
+ de 55		2	3			5		1				1
Total ...	1	4	9			14 2 %		1				1 0,14%

Si nous n'avons pas trouvé de cancer, par contre les tumeurs bénignes étaient représentées par des leucokératoses le plus souvent de la jonction cutanéo-muqueuse qui dans 9 cas sur 14 nous ont parues devoir être traitées par une biopsie-exérèse qui apporte avec la précision histologique la sécurité carcinologique. Les néoformations des lèvres sont pratiquement nulles chez les femmes.

b) *La langue :*

L'examen de la langue a révélé un total de 9 néoformations chez les hommes et 8 chez les femmes. Elles étaient essentiellement représentées par de petits papillomes ou des plaques de leucoplasie.

LANGUE

Ages	HOMMES						FEMMES					
	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45								1				1
45 à 55	1	1	2			4	2		3			5
+ de 55			3	2		5		1	1			2
Total ...	1	1	5	2		9 1,3%	2	2	4			8 1,1%

Pour les petits papillomes et les plaques de leucokératose un peu anciennes et épaisses, nous avons conseillé l'ablation. Les affections non

tumorales au niveau de la langue étaient représentées par des ulcérations d'origine dentaire qui se présentent encore de façon non négligeable.

Deux affections suspectes ont été relevées chez les hommes de plus de 55 ans.

c) *Les joues :*

L'examen des joues a confirmé les résultats classiques qui étaient prévisibles : c'est la fréquence relativement grande des plaques de leucokératose jugale, essentiellement retro-commissurales. Elles représentent l'essentiel de ces néoformations pour lesquelles le plus souvent dans les trois quarts des cas nous avons préconisé l'abstention. On sait combien rares sont les dégénérescences de ces kératinisations de la muqueuse jugale.

JOUES

	HOMMES						FEMMES					
Ages	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45		1				1						
45 à 55	3	6	4			13			2			2
+ de 55									2			2
Total ...	3	7	4			14 2 %			4			4 0,56%

Les leucoplasies retro-commissurales qui ont paru devoir être traitées étaient des formations dont l'épaisseur ou l'ancienneté pouvait faire courir au malade des risques appréciables de transformation maligne.

d) *Le palais :*

Au niveau du palais, le dépistage n'a montré que 3 néoformations : 2 chez les femmes et 1 chez les hommes. Il s'agissait probablement dans 2 cas de formations adénomateuses, peut-être de tumeurs dites mixtes, dont nous n'avons pas eu de preuves histologiques.

PALAIS

	HOMMES						FEMMES					
Ages	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45												
45 à 55								1	1			2
+ de 55			1			1						
Total ...			1			1 0,14%		1	1			2 0,28%

e) *Les gencives :*

Les gencives ont été 4 fois le siège d'une tumeur. Dans 2 cas, le traitement a été conseillé. Une fois l'abstention a paru possible, mais dans un cas la tumeur nous a paru suspecte.

GENCIVES

	HOMMES						FEMMES					
Ages	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45												
45 à 55		1	2	1		4						
+ de 55												
Total ...		1	2	1		4 0,57%						0

f) *Le plancher :*

Au niveau du plancher, nous n'avons trouvé qu'une seule fois une néoformation bénigne et ne méritant pas de traitement.

PLANCHER

Ages	HOMMES						FEMMES					
	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45												
45 à 55		1				1						
+ de 55												
Total ...		1				1 0,14%						0

II. — L'oreille

Si au niveau des oreilles l'examen systématique a identifié des affections non tumorales très souvent méconnues des malades :

— otites chroniques,
— oto-sclérose,
— exostose du conduit, etc.,

nous n'avons noté que dans 8 cas des néoformations.

Elles n'ont justifié le traitement que dans 5 cas seulement. Il s'agissait de dyskératose du pavillon et toujours chez des consultants que leur habitat rural avait exposés pendant un temps particulièrement long à l'action du soleil.

OREILLES

Ages	HOMMES						FEMMES					
	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45	1					1	2					2
45 à 55	9	3	2			14	3		1			4
+ de 55	2		2			4						
Total ...	12	3	4			19 2,7%	5		1			6 0,84%

III. — Les fosses nasales

A ce niveau également des formations néoplasiques ont été révélées par cet examen : des formations polypoïdes que nous n'avons pas considérées comme des tumeurs. Cependant, dans 2 cas, nous avons conseillé l'ablation à cause de leur aspect et du saignement facile au contact.

FOSSES NASALES

	HOMMES						FEMMES					
Ages	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45							2					2
45 à 55	6	2	1			9	4		1			5
+ de 55	1					1						
Total ...	7	2	1			10 1,41%	6		1			7 0,98%

Dans cette série ont été aussi révélées de nombreuses malformations architecturales du septum nasal.

IV. — Le pharynx

a) *Le cavum :*

Nous n'avons noté qu'un homme et 4 femmes dans les affections non tumorales : inflammations chroniques ou altérations trophiques de la muqueuse; jamais de cancer.

CAVUM

	HOMMES						FEMMES					
Ages	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45												
45 à 55	1					1	3					3
+ de 55							1					1
Total ...	1					1 0,14%	4					4 0,56%

b) *L'oropharynx :*

C'est là que les constatations tumorales ont été les plus nombreuses. A côté de quelques affections non tumorales portant essentiellement sur la pathologie amygdalienne chronique, nous avons découvert 9 tumeurs nécessitant un traitement chez les hommes et 5 chez les femmes.

Il s'agissait presque toujours de papillomes du voile implantés sur le pilier ou sur le voile lui-même.

L'exérèse nous a toujours paru préférable.

OROPHARYNX

	HOMMES						FEMMES					
Ages	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45									1			1
45 à 55	1		7		1	9	2		2			4
+ de 55	1		2			3		1	2			3
Total ...	2		9		1	12 1,7%	2	1	5			8 1,1%

Enfin, dans un cas, nous avons trouvé chez un homme de 50 ans un cancer de l'amygdale. C'était au pôle supérieur de l'amygdale gauche une ulcération d'un centimètre de diamètre présentant tous les caractères locaux de malignité et s'accompagnant d'une métastase ganglionnaire homolatérale sus et retro-angulo-maxillaire de la taille d'une amande verte.

c) *L'hypopharynx :*

Dans l'hypopharynx, la pathologie tumorale a été très réduite : 1 cas de formation papillaire pour laquelle l'exérèse a été conseillée.

HYPOPHARYNX

Ages	HOMMES						FEMMES					
	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45												
45 à 55	4		1			5	1					1
+ de 55	1					1						
Total ...	5		1			6 0,85%	1					1 0,84%

Des pharyngites chroniques ont été plus souvent observées chez les hommes que chez les femmes et toujours chez les rares consultants présentant un alcoolisme certain.

V. — Le larynx

C'est au niveau du larynx qu'a été découvert l'autre cancer. Il s'agissait d'un homme de 58 ans présentant un carcinome épidermoïde glotto-sous glottique commissural antérieur végétant. Les cordes vocales étaient mobiles et il n'y avait aucune adénopathie.

LARYNX

Ages	HOMMES						FEMMES					
	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45	1			1		2	3		1			4
45 à 55	14	1	3	1		19	5		1			6
+ de 55	3	2			1	6						
Total ...	18	3	3	2	1	27 3,8%	8		2			10 1,4%

L'examen d'autre part a permis de dépister 2 tumeurs suspectes. Il s'agissait dans les 2 cas d'importantes leucoplasies des cordes vocales.

Les affections non tumorales étaient représentées en grand nombre chez ces « professionnels de la voix ».

C'étaient des dysphonies fonctionnelles, des laryngites chroniques d'espèces diverses.

VI. — L'œsophage

Le dépistage des affections œsophagiennes a été nul au point de vue tumoral.

ŒSOPHAGE

	HOMMES						FEMMES					
Ages	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45												
45 à 55	1					1						
+ de 55												
Total ...	1					1 0,14%						0 0 %

Cependant, l'examen a permis de montrer chez un homme de 53 ans qui présentait une symptomatologie hypopharyngée très fruste, une stagnation salivaire très importante dans l'hypopharynx et une voussure réductible cervicale basse et interne.

Il s'agissait d'un diverticule pharyngo-œsophagien que la radiographie a confirmé.

VII. — Les adénopathies

La constatation très banale des petites formations ganglionnaires sous-maxillaires n'a pas été retenue dans cette étude, mais dans 3 cas :

— 2 chez les femmes,

— 1 chez les hommes,

les adénopathies ont été considérées soit comme suspectes, soit comme malignes.

a) Le cas suspect se présentait, chez une femme de 51 ans, comme une masse de volume d'une grosse cerise sous et retro-angulo-maxillaire gauche et sans lésion primitive décelable.

ADENOPATHIES

	HOMMES						FEMMES					
Ages	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45			1			1		1				1
45 à 55							1			1	1	3
+ de 55							1	1				2
Total ...	0	0	1	0	0	1 0,14%	2	2		1	1	6 0,84%

b) L'adénopathie certainement maligne a été trouvée chez une femme de 52 ans qui avait subi 3 ans auparavant une opération de Halsteadt du même côté.

Il s'agissait d'une métastase ganglionnaire tardive d'un cancer du sein.

Nous nous permettons de considérer cette malade comme présentant une localisation maligne dépistée par notre examen. En effet, si le cancer initial contrôlé d'ailleurs n'apportait pas à la sphère oto-rhino-laryngologique un argument de plus, sa métastase ganglionnaire tardive a bien été dépistée par un examen cervical systématique.

VIII. — **Le corps thyroïde**

C'est à ce niveau que les constatations tumorales ont été les plus nombreuses. Rappelons une nouvelle fois qu'à ce niveau nous avons eu des tumeurs purement cliniques d'aspect.

Les goitres nodulaires, de loin les plus fréquents, ont été classés de cette façon :

— 18 sur 22 chez les hommes,

— 64 sur 68 chez les femmes.

Nous en avons conseillé presque systématiquement l'exérèse. Quand on connaît la relative fréquence des cancers du corps thyroïde, se présentant macroscopiquement comme des goitres, et dont les seuls critères de malignité sont histologiques, nous pensons qu'il est tout à fait indiqué, dans une consultation de dépistage du cancer, de conseiller ce traitement à de telles formations.

Dans 2 cas, les goitres étaient suspects.

CORPS THYROIDE

	HOMMES						FEMMES					
Ages	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45						0 %		2	6			8 11,8%
45 à 55		2	12	1		15 2,9%		2	48			50 10,3%
+ de 55			6	1		7 5 %			10			10 6,1%
Total ...	0	2	18	2	0	22 3,1%	0	4	64	0	0	68 9,5%

Il s'agissait une fois d'une formation de l'aire thyroïdienne très dure, peu mobile avec la déglutition et suspecte pour son aspect local seul.

Le second cas était représenté par un goitre binodulaire chez un homme de 52 ans. Le noyau du lobe gauche, très dur à la palpation, s'accompagnait d'une paralysie récurentielle homolatérale.

IX. — Lésions diverses

Diverses affections ont été dénombrées dont le classement est assez malaisé. Par exemple : quelques dyskératoses cutanées des paupières; de la tempe, de la pyramide nasale. Suivant leur âge et leur morphologie, la biopsie-exérèse a été conseillée.

Deux tumeurs suspectes ont été observées : 1 parotidienne, la seconde au niveau du cuir chevelu.

DIVERS

	HOMMES						FEMMES					
Ages	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total	A.N.T.	T.B. ss T.	T.B.T.	S	K	Total
— de 45												
45 à 55	1	1	3	1		6			2	1		3
+ de 55			2			2	1	1				2
Total ...	1	1	5	1		8	1	1	2	1		5

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

Nous étudierons maintenant l'ensemble des résultats en comparant le relevé des symptômes aux résultats du bilan et ceci pour chaque sexe et pour chaque tranche d'âge.

A) ETUDE SYNTHÉTIQUE CHEZ LES HOMMES

1° Résultats du bilan chez les hommes ne présentant pas de symptômes

Les 594 hommes dont l'interrogatoire était normal présentaient dans 83 % des cas un examen normal également.

Ce pourcentage, comme les suivants, s'entend par rapport à la population totale du groupe considéré .Ici il s'agit de la population totale des hommes ne présentant aucun symptôme.

RESULTATS DU BILAN CHEZ LES HOMMES NE PRESENTANT PAS DE SYMPTOME

	Ages — de 45	Ages 45 à 55	Ages + de 55	Total	
Examen normal	25	378	90	493	83 %
Affection non T.	0	28	6	34	5,72 %
T. bénignes sans trait.	0	16	3	19	3,24 %
T. bénignes avec trait.	1	27	15	43	7,2 %
Lésions suspectes	1 3,7 %	3 0,66 %	0	4	0,67 %
Cancer	0	0	1 0,87 %	1	0,17 %
Total	27	452	115	594	84 %

Mais 17 % avaient un examen positif.

Sur ce lot de consultants, on a noté 34 affections non tumorales, soit 5,72 %. Celles-ci se présentaient avec des fréquences diverses. Celles pour lesquelles un traitement ne nous a pas paru nécessaire étaient au nombre de 19, soit 3,24 %.

Quant aux tumeurs bénignes pour lesquelles un traitement était préférable, au nombre de 43, elles représentaient 7,20 %. L'autre catégorie de tumeurs représente les tumeurs suspectes : elles sont au nombre de 4, soit 0,67 %.

Enfin, on a trouvé un cancer. Sa localisation était laryngée. Le malade n'avait pas accusé de symptôme laryngé à l'interrogatoire, son attention n'ayant pas particulièrement été attirée par une dysphonie discrète d'ailleurs, mais certaine.

Nous avons établi d'autres pourcentages en fonction de la tranche d'âge considérée et ceci uniquement pour les lésions suspectes et pour le cancer.

a) *Les lésions suspectes :*

Chez les moins de 45 ans, nous avons une lésion suspecte sur 27 consultants, soit 3,7 %.

De 45 à 55 ans, nous avons trouvé 3 suspects sur 452, soit 0,66 %. Enfin, au-dessus de 55 ans, nous n'avons pas trouvé de lésion suspecte.

b) *Le cancer :*

Trouvé dans cette série, il a été découvert parmi les 115 hommes de plus de 55 ans. Soit 0,87 %.

Il représente 0,17 % de l'ensemble des hommes ne présentant pas de symptôme à l'interrogatoire.

L'étude de cette série de consultants, à la vérité la plus intéressante de notre population, démontre qu'il n'est pas nécessaire d'attendre l'appel symptomatique pour diagnostiquer des tumeurs.

En effet, ces malades représentent vraiment les consultants chez lesquels a été pratiqué le dépistage systématique au sens le plus précis du terme : ces consultants n'accusaient aucun symptôme pathologique, et pourtant pour la masse des 594 consultants on a découvert :

— 1 cancer,

— 4 lésions suspectes de malignité,

— 43 tumeurs bénignes nécessitant un traitement, ce qui représente très probablement un nombre réel de cancers plus élevés.

2° Résultats du bilan chez les hommes présentant un symptôme

Ces consultants au nombre de 103 se sont présentés dans 56 cas avec un examen normal, soit 54,3 %.

Ce chiffre n'est pas pour surprendre quand on connaît dans la sphère O.R.L. le nombre assez important de manifestations subjectives les plus diverses qui ne ressortissent pas toujours d'une cause somatique évidente.

Rappelons que très fréquemment le symptôme douleur a été allégué par ces consultants et, s'il a été possible quelquefois de lui reconnaître une étiologie générale, bien rarement on a pu identifier une cause O.R.L. ou cervico-faciale.

RESULTATS DU BILAN CHEZ LES HOMMES PRESENTANT UN SYMPTOME

	Ages — de 45	Ages 45 à 55	Ages + de 55	Total	
Examen normal	8	34	14	56	54,4 %
Affection non T.	2	14	2	18	17,5 %
T. bénignes sans trait.	2	2	1	5	4,85 %
T. bénignes avec trait.	1	14	4	19	18,4 %
Lésions suspectes	0	1 1,52 %	3 12,5 %	4	3,88 %
Cancer	0	1 1,52 %	0	1	0,97 %
Total	13	66	24	103	14,6 %

Dix-huit malades présentaient une affection non tumorale, soit 17,5 %.

Des tumeurs bénignes, celles qui ne justifiaient pas un traitement au nombre de 5, représentaient 4,85 %.

Quant à celles pour lesquelles un traitement était conseillé, au nombre de 19, elles représentaient 18,4 %.

Nous avons trouvé également dans cette série beaucoup plus réduite, puisqu'elle ne comportait que 103 cas, 4 observations de tumeurs suspectes de malignité, soit 3,88 %.

Un cancer, enfin, a été découvert grâce à l'examen mais aussi aux symptômes d'appel ganglionnaire. En effet, il s'agissait d'un petit cancer de l'amygdale avec une métastase ganglionnaire prévalente. Il se trouvait dans la tranche d'âge comprenant 66 consultants et représentait donc 1,52 %.

La plupart de ces sujets, comme ce cancer, se situaient tous dans cette série, dans la tranche d'âge située entre 45 et 55 ans ou au delà. Cette constatation, qui n'a rien que de très classique, notre statistique la confirme également.

L'étude de cette série (103 consultants se présentant avec un seul symptôme) répond certes beaucoup moins à notre sujet puisque une manifestation pathologique avait déjà attiré l'attention de ces malades. Ceux-ci auraient déjà dû consulter et ne pas attendre une opération collective pour subir l'examen, que suivant le pourcentage que nous venons d'indiquer plus haut a révélé des tumeurs dont 24 étaient bénignes, 4 très suspectes et 1 certainement maligne.

3° Résultats du bilan chez les hommes présentant plusieurs symptômes

Les hommes présentant plusieurs symptômes ont été très peu nombreux : 10 en tout.

RESULTATS DU BILAN CHEZ LES HOMMES PRESENTANT PLUS D'UN SYMPTOME

	Ages — de 45	Ages 45 à 55	Ages + de 55	Total	
Examen normal	3	5	0	8	80 %
Affection non T.	0	0	0	0	0 %
T. bénignes sans trait.	0	1	0	1	10 %
T. bénignes avec trait.	0	1	0	1	10 %
Lésions suspectes	0	0	0	0	0 %
Cancer	0	0	0	0	0 %
Total	3	7	0	10	1,4 %

Cette série ne présente qu'un intérêt très modeste, non seulement en raison du petit nombre de consultants, mais encore du petit nombre de constatations positives. En effet, sur ces 10 consultants, 8 avaient un examen normal (80 %). Le fait n'est pas étonnant pour la même raison que précédemment, car il s'agissait de malades polyalgiques venant présenter une efflorescence subjective symptomatique mais sans traduction clinique. Deux tumeurs bénignes ont été identifiées (20 %). Seulement pour 1 cas, le traitement a été conseillé (10 %).

Pas de cancer ni de lésions suspectes à signaler.

B) ÉTUDE SYNTHÉTIQUE CHEZ LES FEMMES

1° Résultats du bilan chez les femmes ne présentant pas de symptôme

Six cent vingts femmes se sont présentées avec un interrogatoire normal.

RESULTATS DU BILAN CHEZ LES FEMMES NE PRESENTANT PAS DE SYMPTOME

	Ages — de 45	Ages 45 à 55	Ages + de 55	Total	
Examen normal	45	362	125	532	85,8 %
Affection non T.	3	12	1	16	2,6 %
T. bénignes sans trait.	1	2	3	6	0,97 %
T. bénignes avec trait.	6	45	12	63	10,16%
Lésions suspectes	0	2 0,47 %	0	2	0,31 %
Cancer	0	1 0,16 %	0	1	0,16 %
Total	55	424	141	620	86,5 %

Sur ce nombre, 532 présentaient un examen normal, soit 85,8 % ; 16 se présentaient avec une affection non tumorale, soit 2,6 %. Des tumeurs bénignes dénombrées, 6 sont restées sans traitement, soit 0,97 %.

Par contre, les tumeurs bénignes pour lesquelles un traitement était proposé, s'élevaient à 63, soit 10,16 %. Ce grand nombre de tumeurs bénignes était représenté essentiellement par des tumeurs thyroïdiennes. Nous nous permettons de rappeler que, nous fondant sur la connaissance de cancers thyroïdiens vrais à seule expression histologique, nous avons conseillé très fréquemment l'exérèse de ces masses thyroïdiennes qui nous a paru l'attitude thérapeutique préférable.

Nous avons enfin dénombré 2 cas suspects, soit 0,31 %.

Le premier cas était une tumeur du cuir chevelu, ulcérée, très suspecte d'être un carcinome.

Quant à la seconde, il s'agissait d'une masse ganglionnaire latéro-cervicale très suspecte d'être métastasique et maligne.

L'examen oto-rhino-laryngologique était cependant normal et cette malade a été provisoirement classée suivant le chiffre statistique de l'I.N.H. sous le numéro 198.

Dans cette série, nous avons également identifié une localisation certainement maligne. Il s'agissait, rappelons-le, de la métastase sus-claviculaire tardive d'un cancer du sein opéré plus de deux ans avant. Ce cancer se situait dans la tranche d'âge entre 45 et 55 ans, ce qui, sur les 424 consultantes de cette série, représente 0,23 %. Par rapport à la population totale des femmes (620 sans symptôme), il représente 0,16 %. Cette malade a été

traitée par des thérapeutiques qui ne sont pas du ressort de notre spécialité, elle a cependant été identifiée par un examen cervical, ce qui permet de compter ce résultat au bénéfice de la méthode et de le garder dans notre statistique.

2° Résultats du bilan chez les femmes présentant un seul symptôme

Nous avons dénombré 77 femmes présentant un seul symptôme; 58,4 % soit 45 consultantes avaient un examen normal.

12, soit 15,6 %, présentaient une affection non tumorale. 20, soit 26 %, présentaient une tumeur bénigne, dont 2 ne justifiaient pas le traitement, soit 2,6 %, et 18 devaient être traitées, soit 23,4 %.

RESULTATS DU BILAN CHEZ LES FEMMES PRESENTANT UN SYMPTOME

	Ages — de 45	Ages 45 à 55	Ages + de 55	Total	
Examen normal	3	26	16	45	58,4 %
Affection non T.	4	6	2	12	15,6 %
T. bénignes sans trait.	1	0	1	2	2,6 %
T. bénignes avec trait.	2	13	3	18	23,4 %
Lésions suspectes	0	0	0	0	
Cancer	0	0	0	0	
Total	10	45	22	77	17,3 %

Ces tumeurs bénignes étaient fréquemment représentées par des néoformations thyroïdiennes sur l'opportunité du traitement desquelles nous nous sommes précédemment expliqués.

3° Résultats du bilan chez les femmes ayant plusieurs symptômes

Cette série, tout à fait comparable à la série masculine, n'offre pour les mêmes raisons qu'un intérêt réduit :

Petit nombre de consultantes (20).

Négativité de plus de la moitié des examens.

L'autre moitié, séméiologiquement parlante, n'a montré que :

Trois affections non tumorales, soit 15 %.

Trois affections tumorales bénignes avec traitement, 15 %.

Quatre affections tumorales bénignes sans traitement, 20 %.

Ce qui représente la seule partie intéressante de ce lot de consultantes.

RESULTATS DU BILAN CHEZ LES FEMMES PRESENTANT PLUS D'UN SYMPTOME

	Ages — de 45	Ages 45 à 55	Ages + de 55	Total	
Examen normal	1	8	1	10	50 %
Affection non T.	0	3	0	3	15 %
T. bénignes sans trait.	2	1	1	4	20 %
T. bénignes avec trait.	0	3	0	3	15 %
Lésions suspectes	0	0	0	0	
Cancer	0	0	0	0	
Total	3	15	2	20	2,8 %

ÉTUDE COMPARATIVE

Nous allons étudier dans un tableau comparatif les résultats chez les hommes et chez les femmes en fonction de chaque tranche d'âge et en fonction de chacune des catégories du bilan.

Les résultats globaux ont montré que, sur l'ensemble de la population s'élevant à 1.424, 280 sujets présentaient une affection somatique de la sphère O.R.L., soit 19,7 %.

Ce chiffre global doit être étudié de plus près et nous allons comparer successivement ces résultats chez les hommes et chez les femmes en fonction de chaque tranche d'âge, et en fonction de chaque catégorie de lésion.

Ces résultats sont consignés dans le tableau ci-dessous que nous allons commenter.

TABLEAU COMPARATIF

	Hommes					Femmes				
	Ages — de 45	Ages 45 à55	Ages + de 55	Total		Ages — de 45	Ages 45 à55	Ages + de 55	Total	
A.N.T.	2	42	8	52	7,4%	7	21	3	31	4,3%
T.B. ss T.	2	19	4	25	3,5%	4	3	5	12	1,7%
T.B.T.	2	42	19	63	8,9%	8	61	15	84	11,7%
S	1	4	3	8	1,1%	0	2	0	2	0,28%
K	0	1	1	2	0,28%	0	1	0	1	0,14%
Total	7 16,3%	108 20,6%	35 25,2%	150	21,2%	19 2,8%	88 18,2%	23 13,9%	130	18,2%

280 (19,7 %) sujets présentant une lésion dans la sphère O.R.L.

a) **En fonction des tranches d'âge**

1 — Chez les moins de 45 ans : 16,3 % des hommes présentaient une affection contre 2,8 % chez les femmes.

Le fait est dû à un plus grand nombre de tumeurs bénignes, le plus souvent des muqueuses.

2 — De 45 à 55 ans : cette portion, qui compte la population la plus nombreuse, a permis d'identifier chez les hommes 108 constatations cliniques, soit 20,6 %, contre 88 chez les femmes, soit 18,2 %. Ces

chiffres à peu près superposables, sont le fait essentiellement, d'un côté du nombre de néformations thyroïdiennes chez la femme, et d'un autre côté de ces mêmes affections thyroïdiennes et des tumeurs bénignes des muqueuses chez l'homme.

3 — Chez les plus de 55 ans : on a noté 35 constatations cliniques chez les hommes, donc 25,2 % pour 23 chez les femmes chez qui le pourcentage était de 13,9 %.

b) **En fonction des catégories de lésion**

1 — *Chez les hommes :*

Les affections non tumorales, au nombre de 52 représentant 7,4 % de la totalité des consultants, quel que soit leur âge.

Les tumeurs bénignes sans traitement s'élèvent à 25, donc 3,5 %.

Les tumeurs bénignes avec traitement s'élèvent à 63, donc 8,9 %.

Les tumeurs suspectes s'élèvent au nombre de 8 et représentent 1,1 %.

Les cancers au nombre de 2 représentent 0,28 %.

Au total, 150 hommes, soit 21,2 %, étaient porteurs d'une lésion de la sphère O.R.L.

Les seules affections tumorales, au nombre de 98, représentaient 13,9 %.

2 — *Chez les femmes :*

La comparaison avec les femmes de l'ensemble de la statistique permet de voir que chez elles il y avait :

31 affections non tumorales, soit 4,3 %.

Les tumeurs bénignes pouvant rester sous surveillance, mais ne nécessitant pas de traitement s'élevaient à 12, soit 1,7 %.

Les tumeurs bénignes pour lesquelles un traitement était conseillé s'élevaient à 84, soit 11,7 %.

Les tumeurs suspectes au nombre de 2 représentaient 0,28 % de l'ensemble de la population féminine.

Enfin, il a été dénombré 1 cancer, soit 0,14 %.

Au total, 130 femmes présentaient une affection de la sphère O.R.L. et cervico-faciale, mais 93 seulement présentaient une lésion tumorale d'espèces diverses, soit 13 %.

Le pourcentage des affections tumorales, quelle qu'en soit leur nature, était le même approximativement, quel que soit le sexe.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE III

Les résultats étudiés dans ce chapitre sont présentés suivant :

a) *Une étude analytique :*

1) *des antécédents :*

— *des antécédents héréditaires qui montrent fréquemment des cancers dans la lignée et quelquefois en nombre important;*

— *des antécédents carcinologiques personnels qui ont permis chez un malade précédemment traité d'un cancer, le dépistage d'une récidive tardive;*

— *des facteurs étio-pathogéniques qui ont montré le tabagisme rare et l'alcoolisme exceptionnel.*

)2) *des symptômes :*

Ils ont été :

— *la gêne fonctionnelle au niveau de la cavité buccale;*

— *le symptôme douleur;*

— *l'augmentation localisée ou diffuse du volume du cou;*

— *la dysphagie;*

— *la dysphonie.*

Des tableaux analysent la fréquence de ces symptômes en fonction du sexe et de l'âge.

Le bilan d'ensemble des symptômes a permis de grouper les consultants en trois catégories suivant qu'ils ne présentaient pas de symptômes, un seul symptôme ou plusieurs symptômes.

3) *Des signes :*

L'étude analytique des signes d'examen étudie la cavité buccale (lèvres, langue, joues, palais, gencives, plancher), l'oreille, les fosses nasales, le pharynx (cavum, oropharynx, hypopharynx), le larynx, l'œsophage, les adénopathies, la glande thyroïde et enfin les lésions diverses.

b) *Une étude synthétique :*

Elle présente ces résultats successivement chez les hommes et chez les femmes et par chaque tranche d'âge chez les malades ne présentant pas de symptômes, un seul et plusieurs symptômes.

Le détail de tous ces résultats est consigné à l'intérieur de ce travail.

c) *Une étude comparative globale :*

Elle présente enfin ces résultats définitifs en fonction des tranches d'âge, de sexe et de chaque catégorie de lésion.

CONCLUSIONS

Nous avons présenté dans ce travail les résultats d'une opération de dépistage systématique des tumeurs de la sphère oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale.

Il nous a paru justifié par la valeur en carcinologie du diagnostic précoce et par le nombre et la qualité des guérisons qu'il permet.

Ce dépistage systématique des tumeurs auquel nous nous sommes intéressés n'exige qu'un examen instrumental simple, rapide et atraumatique, avantage considérable par rapport au dépistage d'autres cancers viscéraux.

L'inconvénient de ce dépistage systématique doit être cependant bien connu. C'est l'examen dit « faux négatif », c'est ensuite la fausse sécurité définitive qui peut s'installer dans l'esprit des consultants dont l'examen est normal, c'est enfin, comme corollaire, la nécessité absolue d'examens périodiques itératifs qui doivent représenter d'une façon obligatoire le complément de ces enquêtes.

Après un rappel de l'historique de cette question, qui ne nous a pas permis de retrouver la notion d'un travail identique dans la littérature médicale, nous exposons nos méthodes d'investigations et nous proposons le questionnaire type qui a servi à l'interrogatoire et au relevé des constatations médicales. Cet interrogatoire analysait les antécédents familiaux et personnels, en insistant sur les passés carcinologiques, les carcinogènes les plus habituellement incriminés dans la genèse de ces cancers et enfin considérait les différentes affections non tumorales habituellement recherchées dans un interrogatoire standard.

L'examen clinique a été un examen oto-rhino-laryngologique habituel élargi à l'étude de la cavité buccale, des glandes salivaires, des ganglions du cou, du corps thyroïde, de la peau de la face et du cuir chevelu.

Les examens para-cliniques, radiologiques et histologiques n'ont été entrepris qu'à la demande des lésions.

La population étudiée comprenait un chiffre total de mille quatre cent vingt-quatre consultants, soit 707 hommes pour 717 femmes. Nous avons réparti, dans toute la suite de ce travail, nos consultants en trois groupes d'âge et de sexe. Les groupes étaient ainsi répartis :

Sujets de moins de 45 ans	7,85 %
Sujets de 45 à 55 ans	70,85 %
Sujets de plus de 55 ans	21,30 %

L'étude des antécédents a montré que si des cancers sont fréquemment retrouvés dans ces groupes de consultants, la découverte d'une tumeur a été pourtant rarement effectuée dans ces cas.

Les antécédents personnels sont plus intéressants puisqu'ils ont montré dans 14 cas la présence d'un cancer antérieur déjà traité.

Les facteurs étio-pathogéniques recherchés ont été essentiellement le tabac et l'alcool. Ils se sont présentés rarement avec une fréquence et une persistance menaçantes. Nous devons toutefois remarquer que notre enquête portait sur une population recrutée parmi le personnel enseignant des trois degrés, primaire, secondaire et supérieur dont l'hygiène est bien connue.

L'étude des symptômes a montré que :

— la dysphonie était relevée dans 103 cas, dont 8,63 % pour les hommes et 5,86 % pour les femmes;

— la dysphagie était peu importante : 7 cas, donc 0,98 % ;

— le symptôme douleur cervico-faciale considéré dans sa plus large acception a été noté dans 48 cas : 6,8 % ;

— l'augmentation du volume du cou en terme également volontairement assez large a été relevé 34 fois : 4,8 % ;

— 51 fois les malades présentaient des anomalies de la bouche : 7,1 %.

Ces symptômes ont permis de grouper les consultants en trois catégories :

1.214 consultants ne présentaient pas de symptômes, soit 85,2 % ;

180 consultants ne présentaient qu'un seul symptôme : 12,7 % ;

30 présentaient enfin plusieurs symptômes : 2,10 %.

L'étude analytique des différents signes a montré :

— au niveau de la cavité buccale :

2 tumeurs suspectes de la langue,

14 tumeurs bénignes ou dystrophies labiales,

1 lésion au niveau du palais,

15 lésions au niveau des joues,

1 tumeur suspecte et 3 tumeurs bénignes au niveau des gencives;

— au niveau de l'oropharynx :

15 tumeurs bénignes nécessitant ou non un traitement,

1 cancer adénogène de l'amygdale palatine;

— au niveau du cavum :

aucune tumeur n'a été trouvée;

— au niveau des fosses nasales :

seulement quelques néoformations bénignes;

— au niveau des oreilles :

5 néoformations justifiaient un traitement (leur aspect était tout à fait bénin);

— au niveau de l'œsophage :

un diverticule;

— au niveau du larynx :

2 tumeurs bénignes,

2 suspectes nécessitant un complément d'investigation,

1 tumeur était certainement un cancer;

— au niveau de l'hypopharynx :

le dépistage a été pratiquement nul;

— au niveau des ganglions du cou :

2 adénopathies ont été relevées; une primitive et maligne sans porte d'entrée cliniquement décelable; dans un deuxième cas, il s'agissait d'une récidive tardive sus-claviculaire d'un cancer du sein;

— c'est le corps thyroïde qui a permis le plus grand nombre d'investigations positives puisque : 22 hommes et 68 femmes se sont révélés à l'examen porteurs d'une néoformation thyroïdienne. Deux tumeurs étaient chez les hommes suspectes de dégénérescence.

Nous fondant sur des travaux modernes, nous avons très fréquemment considéré l'exérèse de ces formations nodulaires comme préférable :

18 fois chez les hommes,

64 fois chez les femmes.

— Enfin des constatations diverses ont été faites. Nous avons identifié :

— quelques dyskératoses,

— une tumeur parotidienne,

— une tumeur du cuir chevelu.

L'étude comparative du résultat du bilan somatique par rapport au résultat de l'interrogatoire des symptômes a montré que :

a) Chez les hommes :

— parmi les sujets sans symptômes, donc qui représentent la population vraiment dépistée, on a trouvé :

10,44 % d'affections tumorales bénignes,

0,67 % de lésions suspectes,

un cancer, donc 0,17 %.

Ces chiffres illustrent pleinement la valeur du dépistage systématique.

— Parmi les sujets présentant un seul symptôme, on a identifié :

23,25 % d'affections tumorales bénignes,

3,88 % de lésions suspectes,

un cancer, donc 0,97 %.

Ces chiffres démontrent donc bien que la fréquence des lésions trouvées augmente lorsqu'on fait état d'un symptôme.

— Parmi les sujets présentant plusieurs symptômes :

la trop petite série de consultants ne permet pas de tirer des conclusions valables au point de vue statistique.

b) Chez les femmes :

— parmi les sujets sans symptôme, on a noté :

une tumeur bénigne dans 11,13 % des cas,

deux lésions suspectes dans 0,31 %,

un cancer, donc 0,16 % ;

— parmi les sujets à un symptôme :

nous n'avons pas trouvé de cancer ni de tumeur suspecte, mais seulement 26 % de tumeurs bénignes;

— parmi les sujets présentant plusieurs symptômes :

leur proportion est aussi trop faible pour que ces résultats soient analysés de façon valable.

On peut dire grossièrement que les résultats chez les deux sexes sont comparables et démontrent bien la valeur du dépistage systématique, c'est-à-dire entrepris sans signe d'appel symptomatique.

En résumé, nous avons identifié 280 sujets sur 1.424 présentant une lésion de la sphère O.R.L., soit 19,7 %.

5,8 % présentaient une affection non tumorale,

13 % présentaient une affection tumorale bénigne,

0,7 % présentaient une tumeur suspecte de malignité,

0,2 % présentaient un cancer réel, donc pour notre étude :

3 cancers en tout.

Ces résultats terminaux précisent bien la valeur de cette méthode, qui mérite d'être généralisée. Il serait par conséquent souhaitable que, compte tenu de ces résultats, on puisse constituer des équipes de médecins dépisteurs du cancer comme sont déjà constituées des équipes de médecins scolaires ou de médecins du travail. Ce dépistage organisé permettra en outre certainement la venue dans les Centres de Lutte contre le Cancer de malades présentant des lésions moins évoluées que de nos jours et des résultats thérapeutiques infiniment meilleurs.

BIBLIOGRAPHIE

ADAM BARRIEU (C.). — Conseils pratiques pour le dépistage des cancers tête et cou. — *Information dentaire,* Paris, 37 (22), 2 juin 1955, pp. 984-990.

AGAZZI (C.) et coll. — Settimana di cancerologia O.R.L. e cervico-maxillo-faciale. Parigi 3-8 Maggio 1954.

— *Archivio Italiano di Otologia, Rhinologia e Laryngologia,* Milano, 65 (5), sept.-oct. 1954, pp. 734-45.

ANGELOFF (M.). — Le diagnostic précoce du cancer est possible. — *Avenir Médcial,* n° 2, 1958, Cannes, pp. 33-38.

ARDOUIN (F.-G.). — Etude statistique de 5.041 cas de tumeurs malignes de la tête et du cou. — *Bull. Assoc. Fr. pour l'étude du cancer,* Paris, 1953 (40), n° 1, pp. 88 à 116.

BANDALINE (J.). — La lutte internationale contre le cancer. — Editions Maloine, Paris, 1933.

BARDARY (F.). — Utilisation des dispensaires spécialisés dans la prophylaxie sociale du cancer. — *Bull. Acad. Méd. Paris,* oct.-nov. 1945, n° 129, n° 33-34-35, pp. 628-631.

BEAHRS (O.H.). — Differential diagnosis of tumors of the neck. — *Minnesota medecine,* St-Paul, 38 (5), mai 1955, pp. 293-5.

BOURGOYNE (Roy). — Oral cancer. — Lea and Febiger editors Philadelphia 1954. Library of congress catalog. Card number 54-6312, pp. 95.

CARREL (A.). — Le cancer. — *Science et vie,* août 1958, pp. 33-43.

CHEVALLIER (A.). — L'organisation de la lutte contre le cancer. — *Strasbourg Médical,* janvier 1959.

DAY (E.). — Cancer detection in the United States (le dépistage du cancer aux U.S.A.). — *Acta U.I.C.C.,* 1958, pp. 16-30. Carnell University Medical College Ithyca N.Y., U.S.A.

DENOIX (P.-F.). — Les diverses conditions de dépistage des cancers ; critique de la notion de précocité. — *Acta Unio Internationalis contra Cancrum,* Louvain, 14 (6), 1958, pp. 774-8.

DENOIX (P.-F.). — Aspects du dépistage du cancer. — Mutuelle Générale de l'Education Nationale. Institut Gustave-Roussy (n° 17-162), 5-10, mars-avril 1954.

DENOIX (P.-F.). — Place des consultations avancées des centres anti-cancéreux dans la lutte contre le cancer. — Santé publique. Institut Gustave-Roussy. Centre Clinique et Thérapeutique de Villejuif décembre 1958.

DENOIX (P.-F.). — Ce que l'on peut attendre du dépistage du cancer. — *Vie Médicale,* mai 1958, pp. 507-510.

DENOIX (P.-F.). — Le dépistage du cancer. Institut G.-Roussy. — *Information sociale,* décembre 1958, pp. 1290-1294.

DEROGY (J.). — Vaincre le cancer. — (Les voies nouvelles de la recherche.) Les Editions de Minuit.

DONALDSON (M.). — Early diagnosis of cancer — a psychological problem. — *Lancet,* London, 2 (7050), 11 oct. 1958, pp. 790-1.

DRIESSENS (J.) et VERHAEGHE. — Le contrôle : Statistique Pilote de l'Organisation Hospitalière. — *Cancérologie,* Lille, 1955 (2), n° 2, pp. 99-103.

ELIAS (S.). — A propos du diagnostic cytologique des cancers. — *Acta Belg. Milit.* 1956 (109), pp. 29-38.

FICHERA (G.). — La lotta contra il cancro. — *Attualita Scientifica, Seria Medica,* 1924, n° 23-24.

GALLY. — Considérations sur quelques méthodes modernes de diagnostic précoce du cancer. — *Rev. de Laryngologie, Otologie, Rhinologie,* Bordeaux, 78 (1-2), janv.-févr. 1957, pp. 92-105 et 78 (3-4), mars-avril 1957, pp. 250-91.

GARCIA (T.-F.). — Recent advances on diagnosis of cancer of the head and neck. — *Philippine Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology,* Manila, 11 (4), juillet-août 1956, pp. 110-13.

GARLAND (L.-H.). — The case against diagnostic center. — janvier 1959, pp. 10-11, San Francisco, Californie, U.S.A.

GOLDMAN (L.-B.). — A cancer prevention and detection clinic (dépistage clinique du cancer et sa prévention). — *J.A.M.A.,* Chicago, 4 octobre 1947 (135), n° 4, pp. 276-278.

GOLDSEN (Rose K.), GERHARDT (Paul R.) et HANDY (Vincent H.). — Somes factors related to patient delay in seeking diagnosis for cancer symptoms. (Quelques facteurs de responsabilité des patients dans le retard du diagnostic du cancer.) — *Cancers,* Philadelphia, janvier-février 1957 (10), n° 1, pp. 1-7.

GRASSET (E.). — Le cancer vu sous l'angle de l'hygiène publique. — *Praxis*, Berne, 13 sept. 1951 (40), n° 37, p .747.

KREPZ (I.) et KOSMA (J.). — A Közpentositalt rakellnes küzdelem szervezesi felodatai (Les problèmes d'organisation dans la lutte centralisée contre le cancer. — *E.M.V. Orv. Ertecito*, Chij., 1948 (63), pp. 108-128.

LELORIER (V.). — La lutte contre le cancer en France. — *Surgical Clinics of North America*, Philadelphia, 38 (4).

LEMON (H.M.). — Practical aspects of early cancer diagnosis. — *B.M.Q. (Boston Medical Quarterly)*, 9 (3), sept. 1958, pp. 73-79.

LIEBERSAT. — Considérations sur le diagnostic cytologique des cancers des voies aéro-digestives supérieures. — Thèse Bordeaux, 1951.

LOTTI (G.). — Dépistage du cancer. — *Acta Unio Internationalis contra cancrum*, Louvain, 14 (6), 1958, pp. 779-782.

LUSCAN. — Le cytodiagnostic des voies aéro-digestives supérieures. — Thèse Alger, 1950. *Bull. Algérien de Carcinologie*, publié par Messerschmitt et Luscan, 1950, n° 3, p. 325.

MARSHALL (S.F.). — Tumors of the neck and parotid areas. Report of more than 1,000 cases. — *Postgraduate Medecine* Minneapolis, 22 (4), octobre 1957, pp. 330-342.

MIRRA (A.P.). — Cancero e estatistica. — *Revista paulista de Medicina*, février 1959. Instituto Centro Hosp. A.C. Camarga, Sao-Paulo.

MOUNIER-KUHN (P.) et GAILLARD (Jean). — Etude statistique des cancers multiples des voies aéro-digestives supérieures à la Clinique O.R.L. de Lyon, 1950, 58. — *Revue de L.O.R.*, Lyon, novembre 1958, p. 967-990.

NOVIKOV (A.N.). — The contemporary status of cancer diagnostics in the U.R.S.S. (Etat actuel du diagnostic du cancer en U.R.S.S.) — *Acta U.I.C.C.*, 1958, pp. 38-41.

OBREGON (G.). — Early diagnosis of cancer of the head and neck — *Journal of the Iowa State Medical Society*, Des Moines, 48 (3), mars 1958, pp. 144-146.

PORTENON. — Le problème du cancer. — *Revue de l'O.R.L.*, Bordeaux (1-2), janvier-février 1958.

PORTMANN. — Le diagnostic précoce du cancer en O.R.L. — *La Vie Médicale*, juin 1951, p. 83.

ROUSSY (G.). — Nouveau traité de médecine. — *Le cancer*, fasc. 5, tome 2. Masson éditeur, 1929, p. 781-789.

ROUVILLOIS (H.), BAZY (L.) et HUGUENIN (R.). — L'organisation du service de dépistage et de prophylaxie des tumeurs de la S.N.C.F. 1er avril 1941. — *Presse Médicale*, Paris, 11 sept. 1943, n° 34, p. 497-498.

ROSENFELD (L.). — The significance of a mass in the neck. — *Journal of Tennessee State Medical Association*, Nashville, 51 (1), janv. 1958, p. 5-7

SARNAT (B.G.) et ISCHOUR. — *Oral and facial cancer*, 1957, Chicago second. — The year book publish., p. 59-70.

SCHULTHES (E.). — Wie kann die krebsdiagnose verbessert werden (Comment le diagnostic du cancer peut-il être amélioré ?) — *Praxis*, Berne, 1er nov. 1951 (40), n° 44, p. 904.

SMITH (I.H.). — The reponses and responsibilities to cancer education. Ontario. — Cancer Found London Clin., Ontario. *Canada Medical Ass. J.*, 1959, 81/12 (1017-1022), table 5.

TRAVAIL DE L'INSTITUT ROUSSY G. sous la direction du Professeur R. TURPIN. — Traitement des cancers : directives médico-chirurgicales. — G. Doin et Cie, 1960, p. 47-62.

VEZINA (Ch.). — La lutte contre le cancer. — *Laval Médical*, Québec, janvier 1946 (11), n° 11, n° 1, p. 69-72.

WADYSAN YASINSKI. — L'importance des statistiques dans la campagne anti-cancéreuse et son organisation dans l'Institut national du cancer. — *Journal Mowotowowry*, p. 293-303. Institute of Oncology Gliwice.

WEDER (A.). — Klinischer Beitrag zur Differentialdiagnose und Therapie der lateral en Halsschewellungen und Tumoren. — *Praxis*, Berne, 47 (30), 24 juillet 1958, pp. 709-719.

WODAK (E.). — 5 Jahr laryngologische reihenunter seuchengen in den gesundenuntersu chungsstellen der gemaind Wien. (Cinq ans d'examens laryngologiques systématiques dans les centres de Santé de la Municipalité de Vienne. — *Der Krebsarzt*, p. 233-236.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.